Lane Medical Library

Eine Mischgeschwulst der Placenta.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 19. November 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Wilhelm Lembke

aus Tangermünde.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Glupe, prakt. Arzt.
- Dr. med. Dahlke.
- Dd. med. Illers.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einemischgeschwu0000wilh_f0n9

Die Zahl der Geschwülste der Placenta ist nicht gross, sowohl in Bezug auf die Häufigkeit ihres Auftretens als auch in Bezug auf ihre Art. Die bekannteste Art der Neubildungen sind die Myxome, die als schleimige Entartung der in Wucherung gerathenen Chorionzotten aufzufassen sind und bald die ganze Placenta, bald nur einige Cotyledonen betreffen.

Eine zweite Gruppe bilden die Placentarcysten, über deren Entstehung die Meinungen noch getheilt sind, und die wahrscheinlich aus verschiedenen Ursachen entstehen können. Nach einigen Autoren sind sie aus Blutextravasaten hervorgegangen; nach Andern haben sie sich von den Gefässscheiden aus entwickelt; Manche sind der Meinung, dass Verklebung von Amnionfalten die Ursache sei, und endlich lassen sie Manche aus Myxomen hervorgehen.

Weiter könnte man dann noch die Placentarpolypen hierher rechnen, da sie doch immerhin an das Vor-

handensein von Placentargewebe gebunden sind. Sie bilden sich aus Placentarresten, an denen sich Blutextravasate niedergeschlagen haben.

Die von Klob erwähnten Kalkablagerungen im Placentargewebe dürften wohl den Neubildungen nicht zugerechnet werden.

Wenn wir nun noch die syphilitischen Knoten erwähnen, die von Virchow, Fränkel und Andern beschrieben werden, so dürfte das Gebiet der Placentarneubildungen im Grossen und Ganzen umgrenzt sein.

Von andern Arten von Tumoren der Placenta sind in der Litteratur nur vereinzelte Fälle beschrieben worden. So beschreiben Virchow, Hildebrandt, Fenomenow und einige Andere eine besondere Art von Myxomen, die sich von den gewöhnlichen nur dadurch unterscheiden, dass bei ihnen eine reichlichere Entwicklung des Bindegewebes stattgefunden hat. Virchow hat sie daher Myxofibrome genannt.

Die von Clarke und Löbl beschriebenen Fibroide der Placenta gehören nach Schröder ebenfalls zu den Myxofibromen.

Dann beschreibt Hyrlt noch eine Placenta mit zwei Sarcomknoten, Galabin ein Fibrosarcom und Klotz ein Adenom der Placenta.

Ich bin in der Lage die Zahl der Beschreibungen der seltneren Placentartumoren um eine zu vermehren. Es wurde dieser Tumor von einer Hebamme in die Poliklinik des Hrn. Geheimrath Gusserow gebracht, dessen Güte ich die Veröffentlichung des Falles verdanke.

Es handelt sich um eine Mischgeschwulst, die zwar in mancher Hinsicht Aehnlichkeit mit den Myxofibromen sowohl, als auch mit dem Sarcom und Fibrosarcom bietet, durch die Vereinigungen dieser verschiedenen Gewebsarten aber und durch das Vorhandensein myomatöser Elemente einzig dastehen dürfte.

Zur Vergleichung ziehe ich einige Beschreibungen jener drei Arten von Placentartumoren — Myxofibrom, Sarcom, Fibrosarcom — herbei.

Fenomenow beschreibt im Archiv für Gynäkologie 1880 eine Placenta, welche an ihrer foetalen Fläche eine taubeneigrosse Cyste zeigte. Diese Cyste hatte sich durch Abhebung einer Membran durch Flüssigkeit von einem haselnussgrossen Knoten aus gebildet. Dieser Knoten, ein Myxofibrom, hatte eine rauhe Oberfläche, war hellröthlich und von derber Beschaffenheit. An gehärteten Präparaten sieht man bei

mikroskopischer Untersuchung „ein schönes Netz aus zarten hellen Fasern geflochten. Diese feinsten Fasern begrenzen runde, ovale, unregelmässig geformte, helle Maschen von verschiedener Grösse, in denen mitunter Zellen mit und ohne Kern liegen, oder sie enthalten kleine Körperchen, oder sind ganz frei. Kurz wir haben ein areoläres Gewebe vor uns, das den peripheren Theilen des Nabelstrangs analog ist. An denselben Präparaten trifft man Bindegewebsfasern, bald einzeln zerstreut, bald in Bündeln, namentlich an den Gefässen, an einzelnen Stellen sieht man Zellen, die an die Zellen der Decidua erinnern. Sie rühren höchst wahrscheinlich von den Fortsätzen der Decidua serotina her, die sich in die Placenta hineinsenken. Von andern in dem Knoten vorkommenden Gebilden müssen noch diejenigen erwähnt werden, die, dem epithelialen Charakter der Zellen und ihrer Anordnung nach zu urtheilen, als Reste zu Grunde gegangener Zotten bezeichnet werden können."

Ein zweites Myxofibrom beschreibt v. Hildebrandt in der Monatsschrift für Geburtskunde 1868.

Die Schwangerschaft war normal, nur in den letzten Tagen vor der Entbindung traten etwas Schmerzen in Kreuz und Unterleib auf.

Das Kind wurde in Schädellage geboren, wog 4 Pfund 20 Loth, war 44 cm lang. Es starb in nächster Nacht. Section resultatlos.

Die Placenta wog 1 Pfund; Durchmesser derselben waren 18 und 16 cm. Das Fruchtwasser war abnorm vermehrt gewesen. Die Eihäute waren dick, sonst normal. Nabelstrang 48 cm mit marginaler Insertion. Ein Venenast, der über die Placenta lief, war ungleichmässig erweitert und kreuzte sich mit einem ebenfalls weiten Arterienast unter spitzem Winkel. „Beide Gefässe traten 2,7 cm von dem der Insertion des Nabelstrangs gegenüberliegenden Rande der Placenta durch die Eihäute hindurch"(?) und bildeten beide den 3 cm langen Stiel einer Geschwulst, die etwa faustgross war. Diese Geschwulst war in vollständig normales Placentargewebe eingebettet. „Betrachtet man letztere von der Uterusfläche, so nahm man an ihr als Sitz der Geschwulst eine tiefe, etwa 8 cm im Umkreise betragende, halbkuglige Aushöhlung wahr, deren Boden von den Eihäuten gebildet wurde. Am Rande dieser Aushöhlung hingen häutige Fetzen dünnen, aber normal entwickelten Placentarzellengewebes, durch welche man zwei Dritttheile der Geschwulst bedecken konnte. Sie waren wahrschein-

lich bei der Geburt wegen ihrer Dünnheit eingerissen. Ein Dritttheil der Geschwulst, dasjenige, welches dem Stiel zunächst lag, war unbedeckt.“ Die Geschwulst war mit der Placenta nur durch den erwähnten Gefässstiel verbunden. Die Neubildung zeigt zwei Lappen, zu denen je ein Ast des Gefässstiels zog. Der grössere der Lappen war von birnförmiger Gestalt, mit einem Längendurchmesser von 8 cm und einem Dickendurchmesser von 5 cm. Er hat eine glatte, spiegelnde Oberfläche, ist von dunkelrother Farbe und trägt auf der Oberfläche weite, in Furchen gelegene Gefässe. Diesem Lappen hängt ein kleiner, kolbig verdickter Knoten an. Der zweite Lappen ist von scheibenförmiger Gestalt, 6,5 cm breit, 2 cm dick. Er liegt über dem ersten Lappen und zeigt eine ähnliche Oberfläche wie dieser, nur an einigen Stellen trägt er membranöse Fetzen. Die Consistenz beider Lappen ist derb, fest. Die Schnittfläche glänzend, von bräunlich bis dunkelblaurother Farbe; an einzelnen Partien ist die Farbe hell, opak. Diese Stellen sind durch bindegewebige Züge abgegrenzt. Der mit der Geschwulst in Verbindung stehende Ast der Umbilicalvene zeigt Verdickungen seiner Wand in Form zahlreicher, nach Innen vorspringender Leisten und Platten.

„Die mikroskopische Untersuchung zeigt die Hauptmasse der Geschwulst von einem undeutlich faserigen, durch Essigsäure sich trübenden Gewebe gebildet, welches gleichmässig von dicht gehäuften, kleinen, runden und oblongen Kernen durchsetzt ist. Bisweilen gelingt es diese Kerne zu isoliren, und sie erscheinen dann von einer blassen, schmalen Zellencontour von spindelförmiger Gestalt umgeben. An andern Stellen hat das Gewebe den Charakter des Schleimgewebes. Man sieht areoläre Faserzüge, in deren Maschen innerhalb einer homogenen Grundsubstanz grössere, runde, granulirte Zellen eingebettet sind. In den gelben opaken Geschwulsttheilen ferner schliesst die sehr cohärent faserige Grundsubstanz an Stelle der zelligen Elemente kleine Fetttröpfchen und Fettkörnchenkugeln ein. Ausserdem finden sich hier auch an mehreren Stellen zahlreiche Hämatoidinkörner, theils klein und unregelmässig eckig, theils etwas grösser und der rhombischen Krystallform sich annähernd. Abgesehen von diesen der regressiven Metamorphose anheimgegebenen Portionen tritt in der übrigen Masse der grosse Reichthum an mit Blut gefüllten Gefässen sehr auffällig hervor. Dieselben reichen bis dicht an die Oberfläche, wo sie schlingen-

förung umbiegen und nur einen schmalen Saum frei lassen. Endlich ist zu erwähnen, dass sich an der Oberfläche der Geschwulstlappen zarte, aus grossen [illegible] deutliche Zottenbildungen enthielten, Umstände, die keinen Zweifel darüber lassen, dass die Geschwülste als entartete Placentar-Cotyledonen zu betrachten sind. Was die verdickten Stellen der Venenwandungen betrifft, so zeigten dieselben eine dichte [illegible] Elemente."

Ich möchte nun auch noch kurz die beiden Fälle von Clarke und Löbl erwähnen.

Clarke beschreibt eine Placenta, welche einen 14 Loth schweren Knoten von der Gestalt einer menschlichen Niere enthielt. Dieser Tumor war in [illegible]

Der Placentartumor, den Löbl erwähnt, sass an [illegible]

von mehr lockerem Bau und wurde von ihm für ein Fibroid erklärt.

Wenden wir uns nun zu dem Fibrosarcom, das von Galabin beschrieben worden ist. Ich citire es nach Schmidts Jahrbüchern. Es handelte sich hier um eine Placenta, in der mehrere Knoten sassen. Von diesen kam einer an Grösse dem menschlichen Herzen gleich. Nach der uterinen Fläche der Placenta zu waren die Knoten von Placentargewebe bedeckt. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich die oberflächlichen Schichten von fibröser Natur, während in den tieferen Partien ein Ueberwiegen der zelligen Elemente Statt hatte, und zwar waren hier sowohl Spindelzellen als Rundzellen zu sehen.

Was nun die dritte Art von Placentartumoren betrifft, die Sarcome, so macht Hyrtl in seiner Schrift „die Blutgefässe der menschlichen Nachgeburt“ darüber folgende Angaben.

Die Placenta stammt von einer kurz vor der Entbindung gestorbenen Frucht. Die Placenta war queroval, klein, über einen Zoll dick. Der Nabelstrang 32 Zoll lang; die Blutgefässe stark entwickelt. In der Placenta waren 2 Knoten, einer von der Grösse einer Kirsche, der andere von der einer wälschen Nuss.

Jeder der Knoten hing an einem Gefässstiel und war sonst vom Placentargewebe durch eine Bindegewebskapsel, bedingt durch Entzündung, getrennt. Die Oberfläche des ersten Knoten war mehr glatt, die des grösseren mehr gelappt. Professor Wedl, der beide Knoten genau untersuchte, berichtet darüber folgendermassen: „Die villöse Structur ist nach oberflächlichen Schnitten zu urtheilen untergegangen: die platten, grossen Zellen der Membrana decidua serotina autorum sind daselbst nicht mehr nachzuweisen, man trifft bloss ellipsoidisch und gestreckte, spindelige Kerne in ihren vielfachen Lagen unter mannigfaltigen Richtungen. Ein zweiter Cotyledo hat den ohngefähren Umfang einer grösseren wälschen Nuss erreicht, ist von den nachbarlichen Cotyledonen abgeschieden: seine Buchten sind tiefer eingeschnitten. Einzelne Läppchen dieses Cotyledo sind glatt, wulstig eingekerbt, andere zottig, wie in der normalen Placenta. Die Läppchen letzterer Art bieten keine Anomalie dar, während die oberflächlichen platten Partien die Zottentextur vermissen lassen. Es ist eben auch an diesen eine Wucherung von Bindegewebe mit mannigfach sich kreuzenden Lagen von oblongen Zellen und Bindegewebsbündeln eingetreten. An den Durchschnitts-

flächen desselben Corpus beobachtet man streckenweise dasselbe glatte Aussehen und an Querschnitten dieselbe Texturanomalie."

Nachdem ich so durch die Aufklärung der Beschreibungen jenes Tumors gleichsam Typen für die Gewebsarten, die, wie ich eben schon andeutete, uns in der Muskelgeschwulst zu erwarten haben, kennengelernt habe, wende ich mich nun zur Beschreibung dieses selben.

Von der Hebamme wurden mir folgende anamnestische Angaben gemacht.

Die Kindsmutter stammt von einer Frau, die am 29. September 1827 zum vierten Mal entbunden wurde ist. Die dritte Entbindung war vor 1½ Jahren. Das Kind der dritten Geburt lebt und wurde fast ein Jahr von der Mutter an der Brust genährt. Zwischen der dritten Entbindung und der letzten Schwangerschaft hat die Regel nicht wieder eingesetzt. Die letzte (vierte) Schwangerschaft, von der die Geschwulst herrührt, verlief im Ganzen normal. Nur fühlte sich angeblich die Frau im Vergleich zu den früheren Schwangerschaften etwas matter und hatte über Schlaflosigkeit zu klagen. Gegen Ende der Schwangerschaft fühlte die Frau in der linken Seite des Unterleibes einen Druck, den sie auf Senkung der Schwanger-

schaft schob. In den letzten drei Tagen vor der Entbindung wurde der Schmerz heftiger und stechend. Blutungen sind während der ganzen Zeit der Schwangerschaft nicht eingetreten. Stoss, Schlag gegen den Unterleib oder sonst dergleichen, was den Verlauf der Schwangerschaft hätte stören können, erhalten zu haben, giebt die Frau nicht zu. In wie weit alle diese Angaben der Frau und der Hebamme der Wirklichkeit entsprechen, vermag ich nicht anzugeben.

Die ersten Wehen traten am 29. September Morgens 8 Uhr ein. Die herbeigerufene Hebamme fand um 9½ Uhr bei äusserer Untersuchung über dem rechten Schambein den Kopf des Kindes stehend, links oben will sie ebenfalls einen runden, ziemlich harten Theil gefühlt haben, der sie zuerst an Zwillingsschwangerschaft denken liess, später aber als Placenta mit Tumor erkannt wurde. Bei innerer Untersuchung fand die Hebamme den Muttermund handtellergross und die Blase wulstig vorgedrängt. Vorliegende Theile wurden nicht gefühlt. Nachdem die Blase gesprengt worden war, trat der Kopf schnell tiefer, und nach einigen kräftigen Wehen wurde um 9 Uhr Vormittags ein lebendes Mädchen in zweiter Schädellage geboren.

Das Kind wog 6 Pfd. bei einer Länge von 48 cm. Es soll bei der Geburt etwas „geschwollene Beine“ gehabt haben; doch ist diese Schwellung nach einigen Tagen zurückgegangen. Ausserdem soll noch das Fruchtwasser in äusserst reichlicher Menge vorhanden und von schmutzig grünlicher Farbe gewesen sein. Vermuthlich war also das Fruchtwasser durch Meconium verunreinigt.

Als ungefähr eine Viertelstunde nach der Geburt des Kindes die Hebamme die Frau wegen der Nachgeburt untersuchte, fand sie die Eihäute aus dem Muttermund heraushängen, der Muttermund um diese zusammengezogen, die Placenta noch im Uterus. Der Finger fühlte hinter dem ziemlich fest zusammengezogenen Muttermund einen festen Tumor liegen. Durch Druck auf den Fundus uteri wurde dann die Placenta mit dem Tumor ausgestossen.

Das Wochenbett verlief normal. Der Uterus bildete sich gut zurück.

Das Gewicht der Nachgeburt betrage 700 g. Die Eihäute sind vollständig und zeigen keine Abnormitäten. Die runde, scheibenförmige Placenta hat einen Durchmesser von 19 cm, eine Dicke von 2,5—3,0 cm. Die Insertion der Nabelschnur liegt excentrisch 7 cm

von der Peripherie entfernt und hat eine Länge von 35 cm. Die Uterusfläche der Placenta zeigt nichts Abnormes, ist von dunkelrother Farbe und zeigt die bekannten Cotyledonen. An der innern fötalen Fläche der Placenta befindet sich excentrisch gelegen, 2,5 cm von der Peripherie, 5 cm von der Insertionsstelle der Nabelschnur entfernt, ein rundes, brustwarzenförmiges Tumor, der mit seinem Stiel an der hier schüsselförmig etwas eingedrückten Placenta sitzt. Ebenso ist vom Tumor nach der Peripherie der Placenta zu diese weniger dick; anscheinend ist diese Verdünnung der Placenta durch Druck von Seiten des Tumors bedingt. In der Richtung von der Peripherie nach dem Centrum der Placenta ist der Tumor etwas plattgedrückt. Die Höhe des Tumors beträgt 9 cm, die Dicke 6 cm, die Breite 9 cm. Sein grösster Umfang misst 22,5 cm, während der seines Stieles nur 14 cm zeigt. Die dem Centrum der Placenta zugekehrte Fläche der Geschwulst ist glatt und glänzend, die der Peripherie zugekehrte zeigt einzelne Hervorwölbungen von Bohnen- bis Wallnussgrösse, ist aber im übrigen ebenfalls glatt. Die die Placenta überziehenden Häute gehen auch auf den Tumor über und bekleiden ihn vollständig. Von der Oberfläche lassen sich Fetzen einer fötalen

spinnengewebeartigen Haut abziehen. Vom Fuss der Geschwulst gehen dünne Fäden und membranöse Verbindungen auf die umgebenden Theile der Placenta über. Die Farbe des Tumors ist im Ganzen rothbraun, an einzelnen Stellen von dunklerer Farbe; die erwähnten Hervorwölbungen sind mehr gelblichgrau bis opak.

Beim Betasten fühlt sich der Tumor gleichmässig fest und derb an, weit derber als das Placentargewebe. Die erwähnten Hervorwölbungen lassen sich durch Betasten besser abgrenzen. Man fühlt so 4 grössere Knoten, von denen einer noch einen kleineren trägt. Der Tumor scheint nur in lockerem Zusammenhang mit der Placenta zu stehen, da man ihn nach allen Seiten hin leicht bewegen und von der Placenta etwas emporheben kann.

Die Schnittfläche zeigt ein fleischiges, derbes Gewebe von rothbrauner Farbe, die nach dem Fusse zu dunkler wird. Eine Partie, einem der schon erwähnten Knoten entsprechend, zeigt eine graugelbe Farbe wie die Oberfläche desselben. Um die Knoten sieht man Züge grauweissen Gewebes, das anscheinend Bindegewebe ist, ziehen.

Auf der Schnittfläche des Tumors sieht man zahlreiche Durchschnitte von Gefässen. Besonders häufig

sind sie in den bindegewebigen Zügen. Die Grösse der Gefässe ist verschieden, die grössten erreichen nicht ganz Bleistiftstärke. Die Wand derselben scheint verdickt zu sein. In einzelnen stecken rothgefärbte Thromben.

Abgesehen von diesem Tumor erscheint bei makroskopischer Betrachtung die Placenta normal; nur ein Gefäss, das von der Insertion der Nabelschnur zum Tumor verläuft, zeigt eine etwa bohnengrosse Erweiterung. Legt man sich dies Gefäss frei und verfolgt es nach beiden Richtungen, so erkennt man, dass dies Gefäss ein Hauptast der Umbilicalarterie ist, und dass es zum Tumor herangeht, diesen ein Viertel des Umfanges am Stiel umkreist, und in den Tumor einzelne Zweige schickt. Der Hauptast selbst kehrt in das Placentargewebe zurück.

Ein Hauptast der Umbilicalvene kreuzt sich mit dem ebenerwähnten Arterienast, liegt aber tiefer. Die Erweiterung an der Arterie ist anscheinend ein Aneurysma und war von einem Thrombus ausgefüllt.

Mikroskopische Untersuchung:

Es werden Schnitte von verschiedenen Stellen des Tumors benutzt. Man sieht an ihnen ein äusserst

zellenreiches Gewebe. An manchen Stellen dagegen prävalirt das Bindegewebe und durchzieht, bisweilen zu starken Strängen vereinigt, das Gewebe. Besonders findet sich eine starke Bindegewebswucherung am Rand des Tumors, da, wo er von den Eihäuten überzogen ist. Die Zellen zeigen nicht überall dieselbe Natur, und man erhält in Folge dessen verschiedene Bilder. In einzelnen Partien liegen in einem ziemlich engmaschigen, faserigen Netzwerk dicht bei einander mässig grosse, rundliche Zellen mit grossem, rundem Kern. Ab und zu sieht man grössere Zellen mit mehreren Kernen. Dazwischen bemerkt man grössere und kleinere Lücken, die mitunter so dicht bei einander liegen, dass das Gewebe hier von alveolärem Bau zu sein scheint. Um die Gefässe ist das Netzwerk engmaschiger und die darin liegenden Zellen sind schmaler, in der Richtung von Peripherie zum Centrum der Gefässe zusammengedrückt. An andern Stellen, und diese überwiegen bei Weitem jene an Ausdehnung und Mächtigkeit, liegen in Zügen angeordnet, zuweilen aber auch sich durchkreuzend, platte, langgestreckte, schmale Spindelzellen mit länglichem, stäbchenförmigem Kern, wie sie für glatte Muskelfasern charakteristisch sind. Ein besonderes Verhalten

zeigen die Gefässe. Bei ihnen ist die Muscularis kolossal verdickt, ebenso das dieselbe umgebende Bindegewebe. Ganz vereinzelt findet man auch Schleimgewebe. Man sieht hier Spindelzellen mit sich verästelnden Ausläufern, die mit benachbarten in Zusammenhang stehen. Diese verschiedenen Gewebsarten liegen nicht etwa weit von einander getrennt, sondern dicht beieinander und durcheinander, so dass man bei günstigen Schnitten alle Gewebsarten in einem Bilde überblicken kann.

Wenn wir nun den mikroskopischen Befund zu deuten versuchen, so ist es klar, dass wir es hier mit keinem einheitlichen Gewebe zu thun haben, und dass wir daher unsern Tumor am besten als Mischgeschwulst der Placenta bezeichnen. Zunächst dürfen wir wohl aus Rücksicht auf das Prävaliren der zelligen Elemente gegenüber dem intercellulären Bindegewebe den Tumor als Sarcom bezeichnen, und zwar als rundzelliges. Andrerseits lässt uns auch das Vorhandensein von glatten Muskelfasern und das Vorwiegen von Bindegewebe an einzelnen Stellen auf die myomatöse und fibröse Natur des Tumors schliessen, so dass sich wohl die Bezeichnung Fibro-Myo-Sarcom rechtfertigen liesse, wiewohl auch dieser Name nicht alle Gewebs-

theile in sich fasst, da wir ja auch schleimige Elemente gefunden haben. Ich fühle mich auch verpflichtet hier noch zu erwähnen, dass ein mikroskopischer Schnitt das Ansehen bot, als seien drüsige Elemente in ihm enthalten. Leider konnte an diesem Schnitt Genaueres darüber nicht festgestellt werden, und an andern Schnitten gelang es trotz eifrigen Suchens nicht Aehnliches aufzufinden. Ich kann deshalb diesen Befund nicht weiter berücksichtigen, führe ihn aber der Genauigkeit wegen an.

Wenn wir nun die Frage nach der Entstehung des Tumors erörtern wollen, so befinden wir uns bei dem complicirten Bau des Tumors in einer schwierigen Lage. Die Geschwulst hat ihren Ausgangspunkt von der Placenta genommen; aber wir sehen im Tumor nichts mehr vom normalen Placentargewebe, es ist hier keine Spur von Zotten, sie fehlen gänzlich. Nur das Vorhandensein von Schleimgeweben erinnert noch an den Mutterboden der Neubildung. Und dies dürfte vielleicht auch den Schlüssel für die Erklärung der Entstehung geben. Nämlich so: Wir können uns denken, dass das von der Allantois stammende Schleimgewebe oder embryonale Bindegewebe in Wucherung gerathen ist, wie wir es ja bei den reinen

Myxomen sehen. Mit dieser Wucherung ging aber Hand in Hand eine Umwandlung des embryonalen Bindegewebes in gewöhnliches und eine Wucherung dieses, ein Vorgang, den wir bei den von Virchow, Fenomenow, Hildebrandt und Andern beschriebenen Myxofibromen kennen gelernt haben. Es lässt sich dann ferner denken, dass eine atypische Weiterentwicklung der Neubildung stattgefunden hat, dass das Myxom oder Myxofibrom sarcomatös entartet ist. Im Verlauf der Entwicklung ist nun das Schleimgewebe immer mehr zurückgedrängt worden, so dass wir jetzt nur noch wenige Spuren von ihm nachweisen können. Bis hierhin stösst die Erklärung der Entwicklung unseres Tumors auf keine Schwierigkeit. Anders liegt jedoch die Sache, wenn wir nach der Herkunft der glatten Muskelfasern fragen. Nun soll freilich die Neubildung glatter Muskelfasern aus Bindegewebe vorkommen, was Arnold bei pleuritischen Schwarten nachgewiesen hat. Allein immer wird man bei myomatösen Geschwulstbildungen nach der Präexistenz glatter Muskelfasern zu suchen haben, von denen die Entwicklung des Myoms ausging, da von diesen aus die Myome sich zu entwickeln pflegen. Wir haben nun zwar in der Uteruswand glatte Muskelfasern und

man könnte geneigt sein zu glauben, dass von hier aus eine Wucherung stattgefunden hat. Dieser Annahme steht jedoch entgegen, dass der Tumor an der fötalen Seite der Placenta sitzt und vom Uterus durch ganz normales Placentargewebe getrennt war.

Ein zweiter Ausgangspunkt für die glatten Muskelfasern könnte sodann die Muscularis der Gefässe gewesen sein, eine Annahme, die dadurch eine Stütze erhält, dass die Muscularis stark und verdickt war. Und dass von Gefässen aus eine myomatöse Neubildung ausgehen kann, beweisen die Fälle von Aufrecht und Böttcher, welche kleine Myome an der Vena saphena und der Vena ulnaris beobachtet haben. Immerhin ist diese Entstehungsart der Myome eine äusserst seltene. Da uns aber eine andere Erklärung für die Entwicklung der organischen Muskelfasern fehlt, so bleibt uns demnach nichts weiter übrig, als die Gefässe als Ausgangspunkt anzusehen.

Indessen lässt sich noch eine andere Erklärung finden. Ich habe jene schmalen langen Spindelzellen mit stäbchenförmigem Kern als glatte Muskelfasern bezeichnet. Die Frage nach der Herkunft der glatten Muskelfasern würde beseitigt sein, wenn man diese Zellen als junge Bindegewebszellen deuten könnte.

Wir wissen, dass bei manchen Uterusgeschwülsten, die man früher als Fibroide bezeichnete, das Bindegewebe zurücktritt, dagegen viele spindelförmige Zellen gefunden werden. Manche Anatomen fassen diese spindelförmigen Zellen als junges Bindegewebe auf und nennen dem entsprechend diese Uterusgeschwülste Fibrosarcome. Virchow dagegen fasste diese Zellen als Muskelfasern auf und bezeichnet diese Tumoren als Myome. Ich glaube nun, dass es sich hier bei unserm Tumor um solche spindelförmige Zellen handelt, deren Deutung nicht über allen Zweifel feststeht. Man könnte nun jene Zellen als junges Bindegewebe auffassen und demnach analog jenen Uterusgeschwülsten diese Partien des Tumors als Fibrosarcom bezeichnen. Wir hätten dann eine Mischgeschwulst, welche sich aus Rund- und Spindelzellensarcom und aus fibrösen und geringen myxomatösen Gewebselementen zusammensetzt. Ich habe jene betreffenden Zellen als glatte Muskelfasern aufgefasst ohne Rücksicht darauf zu nehmen, ob ich auch die Herkunft der glatten Muskelfasern erklären könne. Billroth sagt in Bezug auf die Frage, ob glatte Muskelfasern, ob junges Bindegewebe, dass zwei Momente ihn bestimmen würden Faserzellengeschwülste für Myome zu halten,

erstens die deutlich hervortretende stäbchenförmig, wellig gekrümmte Form der Kerne und zweitens die Anordnung der Faserlagen zu Bündeln bei schwerer Isolirbarkeit der Zellen. Ausserdem konnten auch Sitz der Geschwulst die Diagnose sichern. Wie wir sehen, kommen wir hiermit bei unserm Tumor zu keiner festen Diagnose. Wie sich die Sache nun auch verhalten mag, für mich ist es von grösserer Wichtigkeit den Tumor zu beschreiben, als den Befund zu deuten.

Was nun eigentlich die Veranlassung zu dieser Geschwulstbildung war, so vermag ich sie nicht anzugeben. Viele Autoren legen Werth bei den Beschreibungen auf Veränderungen und Abnormitäten der Gefässe. Bei unserm Tumor fand ich in Bezug auf die Placentargefässe nichts Abnormes, als die erwähnte Arterienerweiterung.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen auf die angebliche Vermehrung des Fruchtwassers, die um so auffälliger ist, da auch in dem Fall von Hildebrandt das Fruchtwasser vermehrt war. Hildebrandt machte sie abhängig von Stauungen. Ich will nur bemerken, dass wir sehr häufig Vermehrung des Fruchtwassers finden bei hypertrophischen Placenten,

bei Wucherung der Decidua und Chorionzotten, Veränderungen, die Schröder für das Primäre hält, während er die Vermehrung des Fruchtwassers für das Secundäre ansieht.

Litteratur.

Klob, Pathol. Anatomie der weiblichen Sexualorgane.
Virchow, Die krankhaften Geschwülste.
Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen u. spec. pathol. Anatomie.
Billroth u. Winiwarter, Chirurgische Pathol. u. Therapie.
Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe.
Hyrtl, Die Blutgefässe der menschl. Nachgeburt.
Eberth, Virchow's Archiv Bd. 39.
Wedl, Zeitschrift der Ges. d. Wiener Aerzte 1851.
Hildebrandt, Monatsschrift f. Geb. Bd. 31.
Storch, Virchow's Archiv Bd. 72.
Fenomenow, Arch. f. Gynaekol. 1880.
Löbl, Zeitschrift d. Ges. d. Wiener Aerzte 1844.
Ahlfeld, Arch. f. Gynaekol. 1887.
Klebs, Monatsschrift f. Geb. 1865.
Fränkel, Arch. f. Gynaek. 1873.
Klotz, Arch. f. Gynaek. 1886.
Eulenburg, Realencyklopädie.
Schmidt's Jahrbücher 1886.

Thesen.

I.

Bei Hydrocele genügt zur Vermeidung von Recidiven die Vernähung der Tunica vaginalis mit der äusseren Haut.

II.

Das kalte Wasser bei fieberhaften Krankheiten wirkt nicht allein antithermisch, sondern auch tonisirend; und grade der tonisirenden Wirkung des kalten Wassers verdanken wir die grossen therapeutischen Erfolge.

III.

Der Arzt würde der Menschheit grössere Dienste erweisen können, wenn seine Thätigkeit sich in grösserem Umfange auf die Prophylaxis der Krankheiten erstrecken könnte.

Lebenslauf.

Verfasser, W. Lembke, evangelischer Confession, wurde am 22. November 1860 zu Tangermünde als Sohn des Bäckermeisters und Mühlenbesitzers W. Lembke geboren. Seine Vorbildung genoss er auf dem Gymnasium zu Salzwedel, das er Michaelis 1882 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Seit Michaelis 1882 widmete er sich dem Studium der Medicin und zwar während des ersten Semesters in Berlin, während des zweiten in Freiburg i. Br., und während der folgenden wieder in Berlin. Sein Tentamen physicum bestand er Sommersemester 1884 zu Berlin, das Tentamen medicum und rigorosum Sommersemester 1887. Während seiner Studienzeit wurden von ihm die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren besucht:

In Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Bramann, Fritsch, Gerhardt, Grunmach, Gurlt, Gusserow, Hirschberg, Jablonowsky, Israel, Jürgens, Küster, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Löhlein, J. Meyer †, Munk, Pinner, Rabl-Rückhardt, Reichert †, Schmidt, Schröder †, Schweigger, Virchow, Waldeyer, Winter, Wyder.

In Freiburg: Riehl, Wiedersheim, Willgerodt.

Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.